# PRÉSENTATION DU GROUPE DE TRAVAIL PLAIES ET CICATRISATIONS

Véronique Allain
Laure Desgranges
Carole Palene
Clémence Guérin
Gaëlle Watier

# OBJECTIFS

- Former le personnel paramédical
- Uniformiser les pratiques
- Permettre un meilleur suivi des plaies chroniques et aigues

# RAPPEL SUR LES PLAIES ET LES CICATRISATIONS

# ÉVALUATION D'UNE PLAIE

- La quantité et la qualité de l'exsudat (séreux, hémorragique…)
- L'aspect (fibrine, nécrose, bourgeonnement, inflammation…)
- La profondeur
- Présence d'une douleur ou pas

# PLAIES NON INDUITES

- **Les escarres** (définition de l'HAS):

  plaies consécutives à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée. Il existe classiquement 4 stades dans les escarres allant de la simple rougeur à la nécrose.

- **Dermabrasion, brûlure, ulcère**.

# STADES DE L'ESCARRE

- **STADE 0**: rougeur cutanée disparaissant à la pression.
- **STADE 1**: rougeur cutanée ne disparaissant pas à la pression. Chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.
- **STADE 2**: phlyctène ouverte ou non ou désépidermisation.
- **STADE 3**: Ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants. Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané, celle ci peut s'étendre jusqu'au fascia mais pas au delà.
- **STADE 4**: Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien.

# PRINCIPE DE LA CICATRISATION EN MILIEU HUMIDE

- Cette méthode s'appuie sur deux principes : (cf Dr Téot, président du SFFPC)
  - **Contrôler l'exsudat** séreux au contact de la plaie. L'exsudat participera à la détersion grâce aux Lymphocyte T, monocytes et polynucléaires qu'il contient.

- **Entretenir un environnement de plaie chaud et humide**, tout en respectant son bactériocycle naturel : gram - puis gram+ (à partir de la phase de bourgeonnement)
  - La flore gram - favorise la première phase de cicatrisation, elle stimule polynucléaires et macrophages, détruit les tissus nécrosés et les désolidarise des tissus sains en phase de granulation.
  - Le respect de cette flore justifie la non utilisation des antibiotiques locaux dans le traitement de l'escarre

**Plaie colonisée ne veut pas dire plaie infectée...**

# COMMENT RECONNAÎTRE UNE PLAIE INFECTÉE

- SIGNES CLINIQUES
  - Abcès
  - Pus
  - Écoulement important
  - Rougeur, douleur
  - Chaleur augmentée
  - Induration, œdème
  - Odeur
  - Fièvre
- SIGNES BIOLOGIQUES
  - Élévation de la CRP
  - Hyperleucocytose
- AUTRES SIGNES
  - Retard de cicatrisation
  - Plaie atone
  - Plaie décolorée
  - Tissu de granulation friable
  - Résurgence d'une seconde plaie en périphérie
- SIGNES BACTÉRIOLOGIQUES
  - Écouvillonnage
  - Numération des germes
  - Biopsie

# CE PRINCIPE EST VALABLE SUR TOUTES LES PLAIES

**RAPPEL** : moins un pansement est renouvelé plus la cicatrisation est favorisée

# PLAIES INDUITES

- Notamment les plaies chirurgicales,
- mais aussi les différents systèmes de drainage (drain thoracique, drain de Worth…),
- ainsi que tous les cathéters (en respectant les protocoles de service)

# PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

Référence: protocole du service d'orthopédie.

- **L'utilisation des antiseptiques** sur les plaies non exsudatives, non inflammatoires, non purulentes **est inutile**. Un simple **nettoyage au sérum physiologique** est suffisant.
- Si la cicatrice est inflammatoire, utiliser un **protocole antiseptique** de type **hibiscrub/hibitane.**

# PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

- Il faut se référer impérativement à la fiche post-op chirurgicale.
  - Le 1er pansement se fera souvent à l'ablation du redon (sur prescription médicale) à J2 ou J3, ou à J1 ou J2 pour les plaies ouvertes.

# PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

**MAINTIEN MINIMUM DES FILS ET AGRAFES**

- 3 à 5 jours : tête et visage
- 6 à 10 jours : cicatrice abdominale, thoracique
- 15 jours: membre supérieur
- 3 semaines: rachis
- 3 semaines sur certaines peaux :
  - Patient sous corticothérapie,
  - Peaux irradiées,
  - Reprises chirurgicales.

# PANSEMENTS D'ORTHOPÉDIE

## PROTOCOLE DE SOINS DES FICHES DE FIXATEURS EXTERNES

- 1er pansement à J2
  - Désinfection de la peau et nettoyage avec de l'hibiscrub.
  - Ne pas ôter les caillots adhérents à la plaie.
  - Entourer les fiches de compresses sèches.
  - Si hémorragie, serrer les compresses plus fort et surélever le membre au dessus du niveau du cœur.
- Pansements suivants
  - Pansements quotidiens au minimum, en suivant la même désinfection.
  - Commencer à ôter doucement les caillots adhérents.
  - Entourer les fiches de compresses sèches.
- Douche autorisée à partir de 8 jours, les fiches pouvant être laissées à l'air après les soins locaux.

# PANSEMENTS DE NEUROCHIRURGIE

- Protocole de nettoyage à la bétadine, en suivant le principe des 4 temps.
- Confère les protocoles de la réanimation

# PANSEMENTS DE DIGESTIF

- Il n'existe pas de protocole spécifique aux pansements en chirurgie digestive.
- Désinfection des plaies à la **bétadine.**
- **Ne pas hésiter à joindre la stomathérapeute** en cas de stomie ou de pansements complexes (appeler au 13336 le matin).
- **Remarque**: les poches de colostomie se changent tous les jours mais pas le socle qui peut rester en place 7 jours.

# PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS PANSEMENTS

# *Les Hydrocolloïdes*

**Propriétés :**

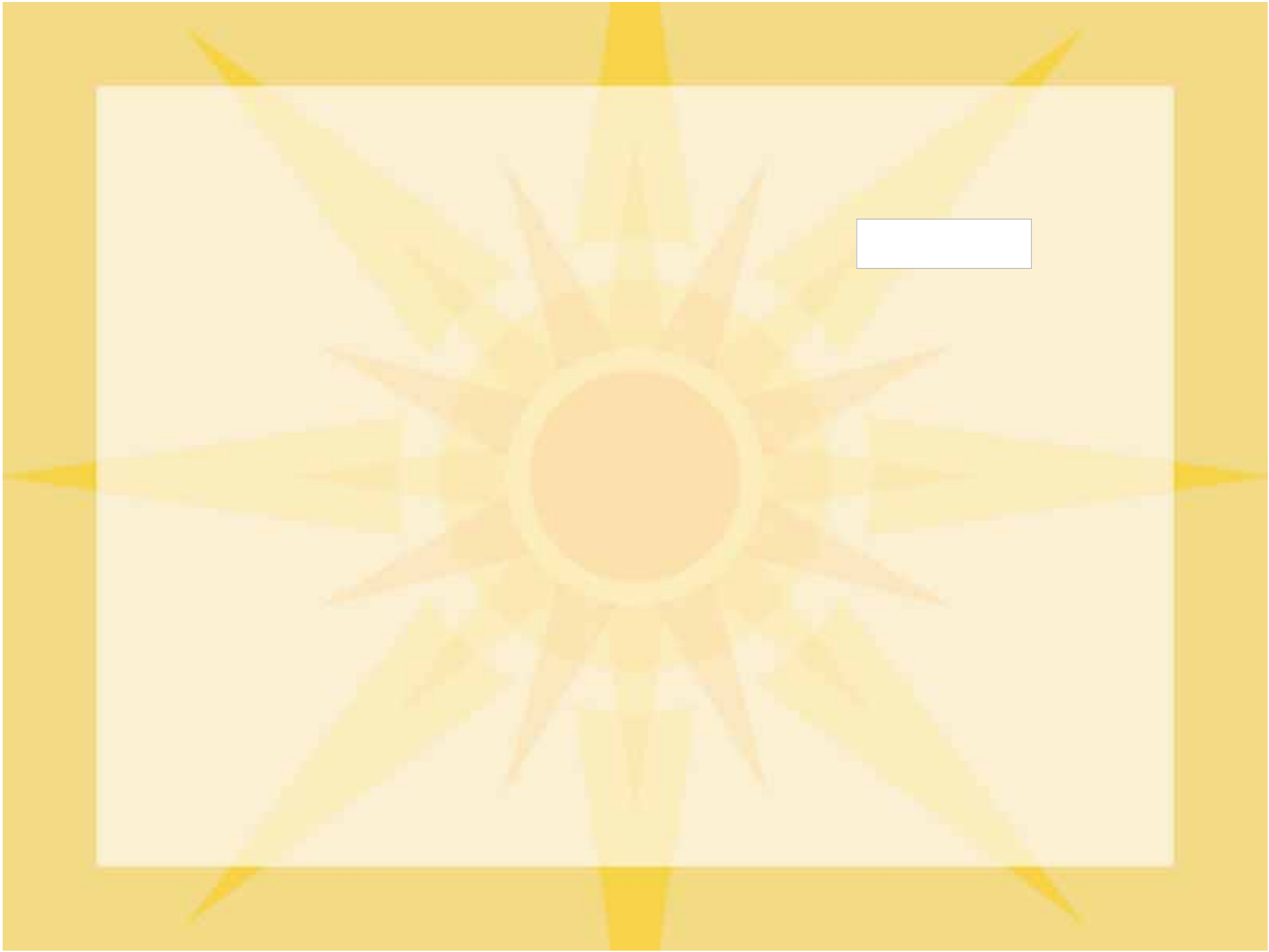
Absorption de l'exsudat, maintient de l'humidité, protection et isolement de la plaie. Forme un gel au contact de la plaie.

***L'odeur nauséabonde au retrait est normale ainsi que le liquide.***

**Indications :**

- ***en prévention*** : effet seconde peau ► *Hydrocolloïde mince*
- ***en pansement primaire*** : phase de bourgeonnement ou d'épithélialisation de plaie peu ou moyennement exsudative.
  ► *Hydrocolloïde épais (se poser la question d'un hydrocellulaire)*
- ***en pansement secondaire et/ou de fixation*** pour maintenir un milieu humide sur un pansement en place pendant plusieurs jours
  ► *Hydrocolloïde mince*

**Délai de changement du pansement : à saturation ( 7 jours maxi )**

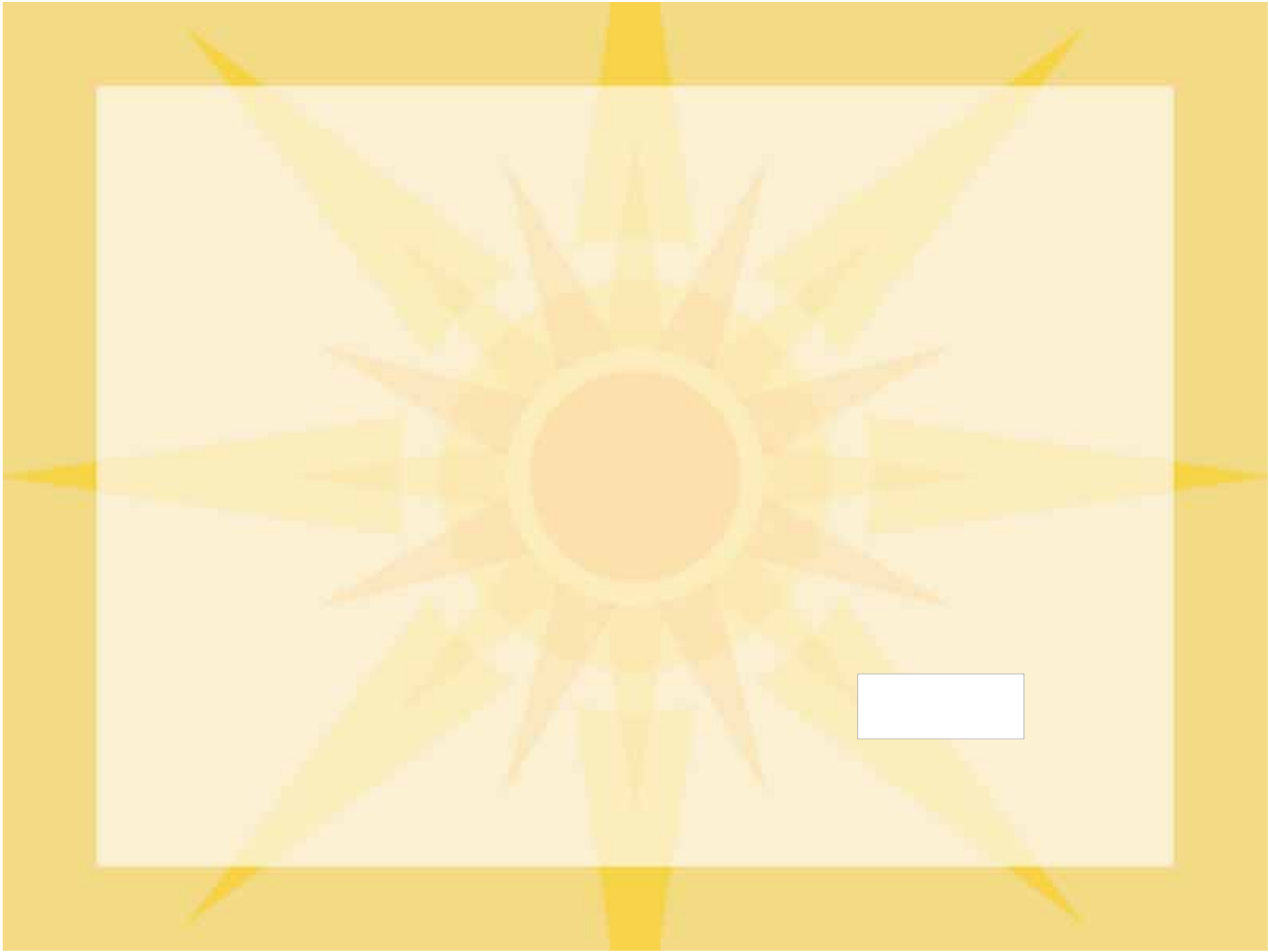


# *Les alginates*

**Propriétés :**
Hémostatique, très absorbant, détersion +++

**Indications :**
**Plaie hémorragique, fibrineuse, exsudative et/ou cavitaires**.

**Mode d'emploi :**
Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®),d'un mépore® ou d'un hydrocolloïde fin.
L'humidification n'est pas obligatoire, à adapter selon l'exsudat.
**Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours**



# *Les hydrogels*

**Propriétés :**
Hydratation des plaies, prépare la détersion des tissus nécrotiques et fibrine sèche en les ramollissant.

**Indications :**
**Plaie sèche, nécrotique et/ou fibrineuse.**

**Mode d'emploi :**
Couvrir la lésion avec une couche de 5 mm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®), ou d'un hydrocolloïde fin.
**Délai de changement du pansement : chaque jour**

# *Interface*

**Propriétés :**

Stérile et non adhérent, retrait indolore et non hémorragique, passage des exsudats vers le pansement secondaire.

**Indications :**

**Bourgeonnement, épidermisation, brûlure, dermabrasion**.

**Mode d'emploi :**

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®),d'un pansement sec. ***Ne pas plier l'interface.***

**Délai de changement du pansement : 2 à 6 jours.**

# *Les Tulles Gras*

**Propriétés :**

Stérile et non adhérent, retrait douloureux et parfois hémorragique, passage des exsudats vers le pansement secondaire.

**Indications :**

**Hyper bourgeonnement et croûte.**

**Mode d'emploi :**

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®),d'un pansement sec.

**Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours**

# *Les Pansements au Charbon*

**Propriétés :**

Pansement composé de charbon actif agissant comme un filtre d'odeurs.

**Indications :**

**Plaies malodorantes à tous les stades**.

**Mode d'emploi :**

Couvrir la lésion avec un débord de 1 à 2 cm et recouvrir d'un film semi perméable (opsite® ou tegaderm®),d'un mépore® ou d'un hydrocolloïde fin.

**Délai de changement du pansement : 1 à 2 jours**

# PRÉSENTATION DE L'ALGORITHME DE DÉCISION

**Objectif**: uniformiser les différentes pratiques de traitement des plaies

**Dans le cas des plaies mixtes, traiter en priorité la phase la plus importante!**
**Pour toute plaie non infectée, nettoyage à l'eau et au savon et rincage au sérum physiologique.**

***RAPPEL:*** *appel d'un médecin obligatoire si signes d'infection et avis chirurgical pour toutes plaies du membre inférieur!*

| STADE DE LA PLAIE | PHOTOS | NIVEAU D'EXSUDAT | OBJECTIFS | ACTIONS ET PANSEMENTS | RÉFECTION |
|---|---|---|---|---|---|
| NÉCROSE | | Sèche | Hydrater et ramolir | Scarification au scalpel<br>I: Hydrogel<br>II: Hydrocolloïde ou opsite | Tous les jours ou tous les 2 jours |
| | | Humide | Drainer et absorber | Détersion mécanique<br>I: Alginate<br>II: pansement sec ou hydrocellulaire | |
| FIBRINE | | Sèche | Hydrater et ramolir | I: Hydrogel après scarification<br>II: Hydrocolloïde ou opsite | |
| | | Exsudative | Drainer et absorber<br>Hémostase en cas de plaie hémorragique | I: Alginate après détersion mécanique<br>II: pansement sec ou opsite<br>ou I: hydrocellulaire + II: bande | |
| | | Très exsudative | | I: Hydrofibre après détersion mécanique<br>II: compresse + bande | |
| BOURGEONNEMENT | | Sèche | Proteger et cicatriser en milieu humide | I: Interface<br>II: pansement sec | A saturation ou tous les 7 jours |
| | | Exsudative | Maitriser l'exsudat en fonction de son importance et cicatriser | I: Hydrocellulaire<br>II: pansement sec ou bande | |
| | | Très exsudative | | I: Alginate<br>II: pansement sec | |
| ÉPIDERMISATION | | Sèche | Proteger et cicatriser en milieu humide | I: Interface + II: pansement sec<br>I: Hydrocolloïde ou opsite | |
| | | Exsudative | | I: Hydrocellulaire | |
| PLAIE MALODORANTE | | Dans toutes les phases | Maitriser l'infection et absorber | I: charbon après détersion mécanique<br>II: pansement sec | Tous les jours ou tous les 2 jours |
| PLAIE HÉMORRAGIQUE | | | Hémostase | I: Alginate (+/- détersion mécanique)<br>II: pansement sec | |
| PLAIE HYPER BOURGEONNANTE | | Dans toutes les phases *mais sur prescription* | Maitriser le bourgeon | I: Corticoïdes locaux + Interface ou Tulle<br>II: pansement en fonction de l'exsudat | Tous les jours |

***Légende :*** ***I: pansement primaire = à même la plaie*** ***II: pansement secondaire= recouvrant le pansement primaire***

# PRÉSENTATION DES NOUVELLES FICHES PANSEMENTS

# RAPPEL SUR LA PRÉVENTION ET L'INSTALLATION DES PATIENTS

# PRÉVENTION

- ① **EVALUER LE RISQUE:**

**Le risque est mesuré pour que l'escarre soit évitée:** un risque élevé ne veut pas dire que l'escarre va se produire. Cela signifie seulement que les moyens nécessaires pour l'éviter doivent être plus importants qu'en cas de risques faibles.

**Le risque est majoré en réanimation, du fait de l'alitement et de la mal nutrition principalement.**

**L'escarre est toujours évitable** et correspond toujours à un échec thérapeutique. Ce n'est jamais une fatalité qu'il faudrait accepter d'avance.

# PRÉVENTION

- ② **SURVEILLANCE :**

**Une escarre se développe rapidement**, passant parfois en quelques heures du stade 1 au stade 3 ou 4, d'où l'importance d'une surveillance rapprochée.

**SURVEILLANCE MINIMUM EN RÉANIMATION TOUTES LES 4 HEURES**

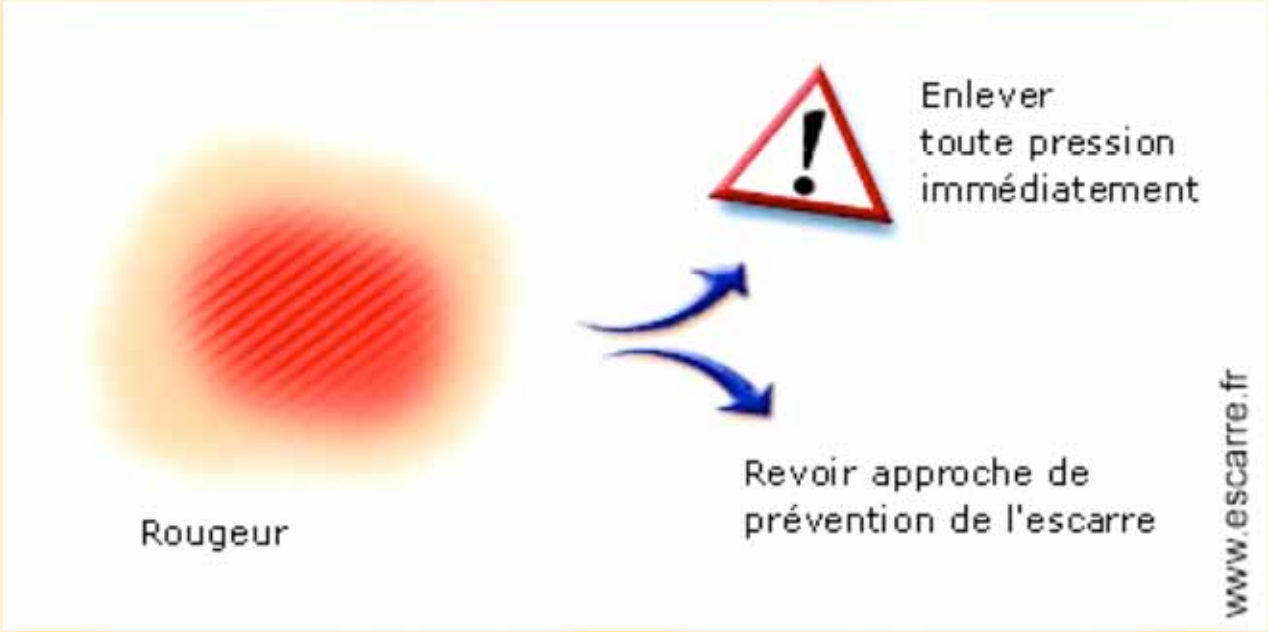
**Les points à surveiller:**

- talons
- trochanters (dans le cas d'une position latérale),
- sacrum
- occiput

# PRÉVENTION

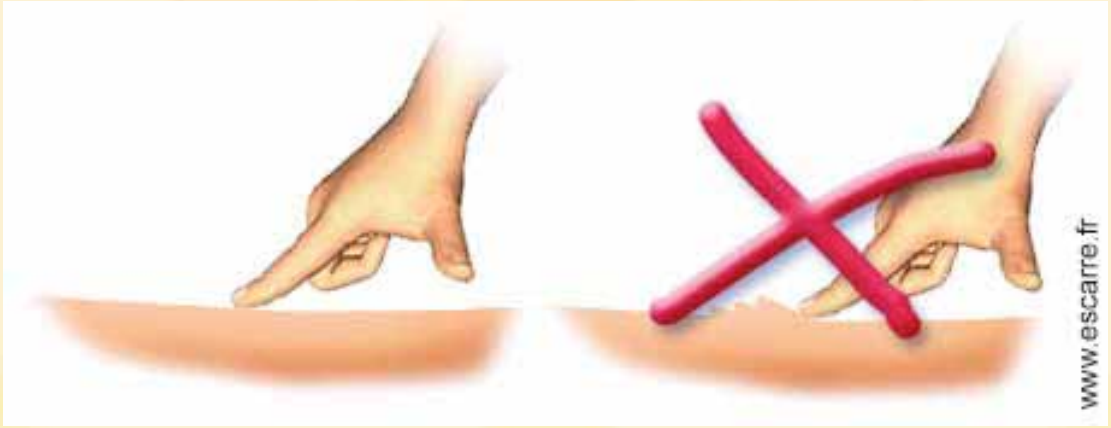
- **ROUGEUR, QUE FAIRE ?**

Enlever la pression immédiatement et améliorer sa prévention.



# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **Les effleurages** doivent rester **légers**. Une manipulation plus « musclée » pourrait en effet, notamment sur les patients à risque, provoquer des traumatismes liés à des forces de cisaillement excessives.



# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- ③ **ADAPTER LES SUPPORTS :**

***Un support thérapeutique ne dispense pas des autres mesures de prévention.***

Une bonne prévention, c'est éviter « les pics de pression » ou s'assurer d'une bonne répartition de celle ci.

**Éviter de décharger une zone au détriment d'une autre:** en soulageant une zone du corps, un déséquilibre peut se créer, la pression peut augmenter sur une autre zone. En conséquence, il faut veiller à ce qu'il n'apparaisse pas d'escarre ailleurs.

# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **RAPPEL SUR LES DIFFÉRENTS SUPPORTS**

  - Matelas ou sur-matelas alova

    C'est le minimum requis en réanimation

  - Matelas pad

    Préconisé dans les atteintes du rachis

  - Matelas Duo 2

    Matelas multi-zones à basses pressions continues et alternées. Préconisé pour les patients de réanimation à haut risque d'escarre.

# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LES POSITIONS COUCHÉES**

En décubitus dorsal strict, la pression est essentiellement concentrée au niveau du sacrum et des talons.

<u>Exemple:</u>

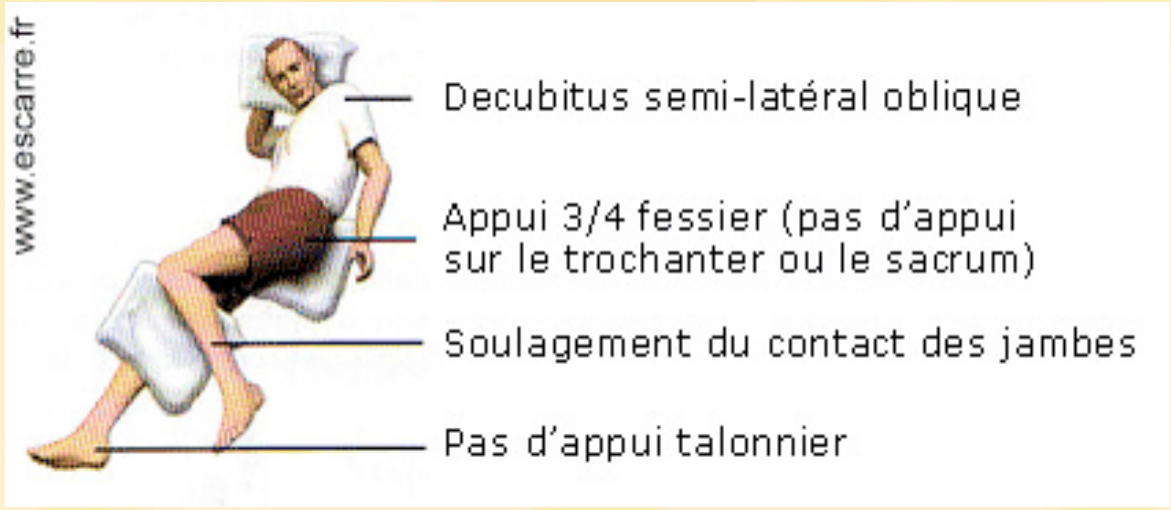
Avec ce matériel il faut rester vigilant :

- au risque de déformation du pied en équin,
- à l'augmentation de la pression au niveau du sacrum,
- au possible recurvatum (hyperextension de l'articulation) du genou.

# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LE DÉCUBITUS LATÉRAL**

La meilleure position est le décubitus semi-latéral oblique


www.escarre.fr
Decubitus semi-latéral oblique
Appui 3/4 fessier (pas d'appui sur le trochanter ou le sacrum)
Soulagement du contact des jambes
Pas d'appui talonnier

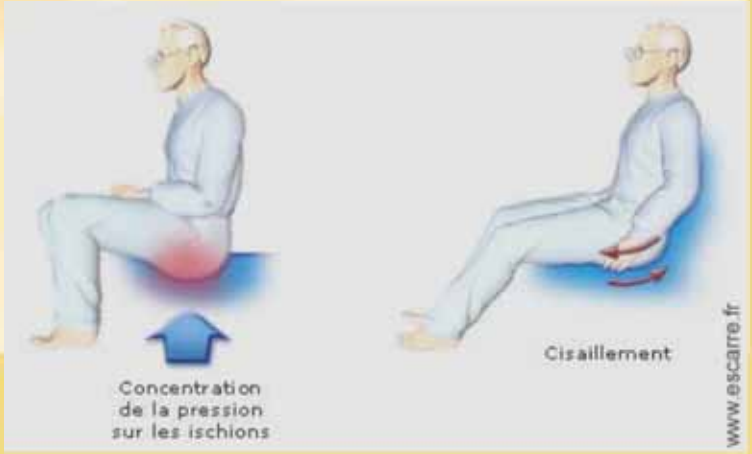
# PRÉVENTION ET INSTALLATION

- **LA POSITION DEMI ASSISE**

En position demi assise au lit avec le relève buste incliné à 30°: le cisaillement est moins important qu'avec une inclinaison supérieure à 30°.

**Prendre soin de la position des pieds:** ni trop haut, ni trop bas, s'assurer que les cuisses touchent à plat le fauteuil.

Le corps doit être symétrique pour répartir son poids sur les deux ischions.



# CAS CONCRETS

# EXEMPLE D'ESCARRE

- Escarre au talon
- Nécrose humide
- Stade 3 ou 4???
- Détersion mécanique
- Alginate
- Pansement sec ou hydrocellulaire
- Réfection tous les 1 à 2 jours

- Escarre au talon
- Fibrine humide
- Stade 3
- Détersion mécanique et alginate avec un pansement sec ou opsite
- Ou hydrocellulaire et bande
- Refection tous les 1 à 2 jours

- Écoulement purulent
- Stade 3
- Alginate et/ou pansement au charbon
- **PRÉVENIR RÉANIMATEUR ET CONTACTER LES CHIRURGIENS**

- Plaie colonisée mais non infectée
- Fibrine sèche
- Hydrogel après scarification
- Hydrocolloïde ou opsite
- Réfection tous les jours

- Plaie chirurgicale suspecte
- Désinfection hibitane
- Prévenir réanimateur et chirurgien

- Escarre au sacrum
- Nécrose humide avec fibrine
- Stade 3 ou 4
- Détersion mécanique
- Alginate et hydrocellulaire spécial sacrum
- Réfection tous les 1 à 2 jours